

様式第1号（第5条関係）

令和 年 月 日

遠野市長 様

申請者 住所.....

氏名.....㊟

電話番号.....

遠野市在宅要援護高齢者等訪問歯科診療事業利用申請書

遠野市在宅要援護高齢者等訪問歯科診療事業を利用したいので、次のとおり申請します。

		受付番号	*この欄は記入しないでください		
利用 対 象 者	(世帯番号) 住 所	(— — —) 遠野市			
	フリガ 氏 名		電話番号		
	生 年 月 日	T・S 年 月 日 (歳)	性別	男・女	
	障がいの程度	要介護認定 (無 有 : 介護度) 障害者手帳 (無 有 :)			
介護者氏名			続柄		
希望する診療内容					
希望する歯科医院名					
保険の種類		国保一般 国保退職 後期高齢者 他保 () (本人・ 家族)			
介護保険等サービスの有無		《サービスの利用日等をご記入ください》			
備 考					

様式第2号（第6条関係）

遠野市在宅要援護高齢者等訪問歯科診療健康調査票

実施年月日

担当者

氏名	T・S 年 月 日生（ 歳）			元職業	
住所	遠野市			電話番号	
家族氏名	年齢	続柄	職業	保険の種類	
				歯科治療の希望 ・本人 ・家族	
				主な介護者	
<p>1 主訴 ・入歯を作りたい ・入歯が合わない ・入歯で痛い ・歯が動く ・歯が痛い ・歯がしみる ・虫歯がある ・歯肉が痛い、腫れている その他（ ）</p> <p>2 以前かかったことがある歯科医院名 （あるいは家族のかかりつけの歯科医院名） _____ 医院</p> <p>3 寝たきり等障がい後の歯科受診状況 ・無 ・有（ ）</p> <p>4 歯科治療経験 a ・歯を抜いたことがある（・ある ・ない） b ・気分が悪くなった c ・脳貧血をおこした d ・ショック症状を呈した e ・血が止まりにくかった f ・薬物アレルギーが出た</p> <p>5 入歯 a ・無 ・有 ・全義歯である b 使用している（・はい：時々・常時 ・いいえ） c 残存歯 ・無 ・有（ 本）</p> <p>6 歯、入歯の手入れ a ・自分でする ・家族がする ・しない b ・歯だけ ・入歯だけ ・両方 c 1日 _____回 ・起床時・朝食後・昼食後・夕食後 ・その他（ ）</p> <p>7 食事状況 a 食欲 ・旺盛 ・普通 ・少し ・ほとんど食べない b ・普通のご飯 ・軟らかいご飯 ・おかゆ ・おもゆ ・その他（ ） c ・自分自身で食べる ・ある程度介助を要する ・全面的に介助を要する d ・起きて食べる ・少し起きて食べる ・寝たままで食べる</p>				<p>8 現在の病名 _____ （発病 年 月）</p> <p>9 合併症 _____</p> <p>10 既往症 _____</p> <p>11 寝たきりになった時期 _____ 年 月 頃</p> <p>12 主治医（医科）名 _____ 病（医）院名 _____</p> <p>13 現在常用している薬 _____</p> <p>14 身長 _____ 体重 _____ 血圧 _____ 呼吸 _____ 脈拍 _____ 体温 _____ HB抗原 _____</p> <p>15 臥床状況 ・寝たきり ・寝たり起きたり</p> <p>16 障害の程度 ・要介護 _____ ・要支援 _____ a ・会話は普通にできる ・だいたいできるが内容が乏しい ・どうやら可能 ・不可能 b ・記憶力、理解力は十分 ・少し減退している ・ほとんどない c ・誰とでも自然に交流できる ・周囲の配慮、手助けを要する ・日常生活の多くの手助けを要する</p> <p>17 検診への協力 ・できる ・できない</p> <p>18 訪問診療 ・希望する ・希望しない ・将来困った時に希望する</p> <p>19 希望する訪問時間 _____</p>	